DÉCOMPRESSI

L'OUVERTURE DU CR

Le Dr Just LUCA

8 RUE

11

LA DÉCOMPRESSION CÉRÉBRALE

PAR

L'OUVERTURE DU CRANE & SES INDICATIONS

PAR

Le Dr Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE
Chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu,
Membre de l'Académie de Médecine,
Président de la Société internationale de Chirurgie.

Communication faite à l'Association française de Chirurgie
(Octobre 1910.)

PARIS
8, RUE DE NESLES
—
1910

LA DÉCOMPRESSION CÉRÉBRALE

PAR

L'OUVERTURE DU CRANE & SES INDICATIONS

L'importance du rôle de la décompression cérébrale en thérapeutique n'a été admise que depuis peu, quoique j'aie appelé l'attention sur elle depuis bien longtemps. Les découvertes modernes, qui ont amené à attribuer partout les phénomènes inflammatoires à l'intervention microbienne, ont empêché, certainement, les observateurs d'attacher l'importance nécessaire aux phénomènes de compression subis par certains organes.

Il a bien fallu pourtant que les résultats de la décompression cérébrale par la trépanation fussent suivis et qu'on vînt à comprendre le parti que l'on peut en tirer. Plusieurs opérateurs l'ont alors admise. J'ai été très heureux d'entendre M. Babinski, dans une communication récente à l'Académie de Médecine, mettre en relief les phénomènes de décompression invoqués par Horsley dans certains cas d'opérations incomplètes pour lésions cérébrales. Ce chirurgien, se guidant sur les phénomènes de compression de la base du cerveau qui sont indiqués par l'œdème papillaire chez les sujets soupçonnés de tumeur cérébrale, a pratiqué l'ouverture large et simple de la boîte crânienne qui lui a permis d'obtenir le soulagement des douleurs, la disparition des troubles de la vision et une survie qui paraissait invraisemblable, ceci résultant de la décompression sans action directe sur la tumeur même.

Des faits de ce genre méritent d'appeler toute l'attention, parce que la décompression cérébrale peut avoir des conséquences bien autrement intéressantes, des applications multiples et heureuses et nous ouvrir la voie pour une thérapeutique vaste, permettant d'intervenir en nombre de cas d'une part pour des infirmités pénibles, mais aussi pour obtenir la guérison de maladies qui passent aujourd'hui pour être au-dessus des ressources de la thérapeutique.

Dès 1888, publiant une première série de 20 trépanations (1),

(1) Sur une série de 20 cas de trépanations du crâne. (*Bulletin de la Société de Chirurgie*, juin 1888.)

j'avais formulé de la manière la plus nette l'indication de la décompression cérébrale. Sans doute, j'étais trop en avance sur la mentalité de mes contemporains pour faire accueillir avec faveur mes propositions. Elles ont été ordinairement passées sous silence. Il n'est donc pas inutile d'en rappeler le texte. Dans un mémoire à la Société de chirurgie, voici les termes que j'ai employés :

« Je ferai remarquer à cet égard combien les indications de la trépanation peuvent être variées. On a surtout donné comme indications la recherche possible de tumeurs ou de collections purulentes. Il y a là certainement des ressources très précieuses. Mais si les recherches intra-craniennes devaient se borner là, elles resteraient rares et souvent infructueuses. Les résultats définitifs de ces sortes de recherches n'ont pas une importance comparable avec ceux des trépanations faites pour bien d'autres causes, et j'affirme que si on veut bien étudier toutes les indications des trépanations, elles seront très communes ».

Après avoir passé en revue les indications relatives à certaines maladies, j'ajoutais, pour préciser l'action de la décompression :

« Ces interventions sont évidemment encore très empiriques. Il est difficile de déterminer exactement la cause de leurs succès. Il est probable qu'elles suppriment une irritation locale méningée ou qu'elles amènent une décompression du cerveau.

« Or cette décompression du cerveau, ce desserrement d'un organe à l'étroit, pourrait rendre des services dans une foule de cas différents. On pourrait même obtenir le soulagement de grandes douleurs en la provoquant chez des sujets qui ont une lésion locale profonde, qu'il est impossible d'atteindre, mais dont les conséquences douloureuses seraient atténuées.

« Enfin la trépanation me paraît si bénigne que, dans les cas obscurs où la thérapeutique médicale s'est montrée impuissante, je ne vois pas de raison pour ne pas pratiquer une véritable trépanation exploratrice ».

La malade de l'observation V (1) était dans ce cas, et le soulagement obtenu par l'opération fut tel qu'il y a lieu de la rappeler.

Cette malade, femme âgée de 18 ans, m'avait été adressée à l'hôpital Saint-Louis, par le Dr Babinski, et je l'opérai le 29 mars 1888. Elle était affectée de douleurs craniennes d'une intensité extrême ayant résisté à tous les traitements. Ces douleurs étaient accompagnées de bruits intra-craniens et de vertiges. Je lui fis une perte de substance de plus de 7 centimètres de long et de plus de trois centimètres de large.

J'eus l'occasion de revoir la malade un an plus tard. Elle

(1) *Loco citato.*

était en bonne santé. Les douleurs et les vertiges avaient disparu, les bruits intra-craniens persistaient. Malheureusement, elle fut perdue de vue plus tard.

Je la signale surtout pour indiquer la date et les circonstances de l'opération. Les autres cas dans lesquels j'ai estimé que l'action de ma trépanation était une action décompressive heureuse ont été nombreux.

On peut classer de la façon suivante les cas dans lesquels j'ai pu rechercher la décompression cérébrale et obtenir des résultats :

Tumeurs cérébrales avérées, sans localisation permettant leur ablation, leur recherche directe ;

Epilepsie vraie avec phénomènes de compression cérébrale

Syphilis cérébrale avec lésions indéterminées ;

Vertiges avec douleurs profondes intra-craniennes ;

Paralysie générale d'origine traumatique et peut-être formes de paralysie générale vraie.

Parmi les faits qui présentent le plus d'analogie avec ceux pour lesquels on préconise actuellement la trépanation, je puis citer le suivant :

En 1889, une jeune fille me fut adressée à l'hôpital Saint-Louis comme atteinte d'hydrocéphalie. Elle avait des douleurs de tête intolérables. Elle était à peu près complètement aveugle. Elle subit une large trépanation.

Le résultat fut médiocre en ce qui concerne la cécité, quoiqu'il y ait eu un peu d'amélioration. Mais au point de vue des douleurs, il fut considérable, car la malade vécut longtemps. J'eus de ses nouvelles plusieurs années après. Toujours, elle voyait fort mal, mais elle était délivrée de ses douleurs de tête. Je dois faire remarquer que je n'avais pas constaté chez elle les conditions de l'hydrocéphalie diagnostiquée avant l'opération.

A propos de la syphilis cérébrale, je tiens certains faits pour évidents, qui doivent, il me semble, autoriser à des interventions. Mes opérations m'ont montré de la façon la plus nette que la trépanation n'a pas seulement sur la syphilis cérébrale une action directe, celle par exemple qui permettrait d'enlever une exostose ou une gomme, mais, par la décompression cérébrale, elle met la masse cérébrale en meilleure condition de guérison.

J'en ai eu la preuve chez des sujets chez lesquels les troubles cérébraux avaient, avant l'opération, résisté d'une façon absolue à un traitement spécifique longtemps prolongé.

Ils n'ont pas éprouvé grandes modifications du fait même et immédiatement après la trépanation, mais ils ont vu leurs troubles profondément modifiés, par le même traitement, antisyphilitique, repris après l'opération. Averti de ce fait, j'ai eu l'occasion de soigner à nouveau certains sujets et de

tirer de cette thérapeutique des résultats vraiment frappants.

Dans trois cas en particulier, dans lesquels je n'ai pas enlevé de gomme, j'ai alors observé amélioration et même guérison d'accidents très graves par le même traitement, les frictions qui avaient échoué avant l'opération.

Il en est de même pour d'autres actions médicamenteuses. Les hypnotiques calment des douleurs que rien ne calmait avant la trépanation.

Quant à la paralysie générale, je n'ai jamais pu faire partager mon opinion sur les chances d'action que peut avoir sur la paralysie générale la décompression par la trépanation.

Cependant, on remarquera qu'elle serait très rationnelle pour plusieurs raisons. D'abord, il y a des accidents traumatiques, qui ressemblent absolument à ceux de la paralysie générale, et qui sont bien modifiés par la trépanation. Dans ces cas, il y a des lésions cérébrales superficielles absolument identiques à celles que l'on observe dans la paralysie générale. J'ai eu l'occasion d'en faire voir un cas par Charcot qui fut très frappé de mon observation. J'en ai opéré un autre vu par Brissaud, qui l'avait étiqueté paralysie générale. Dans cette dernière observation, il y eut survie et amélioration très prononcée et mes autres observations de faits analogues sont nombreuses.

Si on ajoute à cela que les doctrines actuelles font de la paralysie générale un accident syphilitique et que j'estime que la décompression de la trépanation assure l'activité du traitement en matière de syphilis cérébrale, nous trouvons une série de faits qui justifieraient amplement les tentatives de trépanation chez les sujets atteints de paralysie générale observés de bonne heure.

Cette décompression cérébrale par trépanation peut être faite par des techniques variées ; toutefois, il me semble qu'il n'y a aucune raison de rechercher des techniques très compliquées, le trépan est un admirable instrument qui permet d'ouvrir le crâne suffisamment vite et avec sécurité. Lorque le crâne est ouvert, l'emploi de la pince gouge, que j'ai recommandée, permet d'agrandir l'orifice dans tous les sens et dans la direction qui paraît le plus utile. Je ne vois pas qu'en ces cas il y ait avantage à mobiliser de grands lambeaux osseux pour les réappliquer. Le but à poursuivre, c'est la décompression ; et pour l'obtenir , il faut conserver une ouverture osseuse très large, la maintenir ouverte, et non remettre en place un lambeau osseux. Dans le cas dans lequel on pourrait craindre de faire d'un seul coup un orifice très large, on peut procéder comme je l'ai fait : opérer plusieurs trépanations à intervalles.

Je suis convaincu, pour ma part, que c'est là une méthode d'importance capitale, qui permettrait d'obtenir des résul-

tats définitifs sur les sujets chez lesquels on n'a obtenu qu'un résultat temporaire. Ce serait en particulier le cas des épileptiques. Chez les épileptiques modifiés, mais non guéris par la première intervention, ce serait le moyen d'obtenir des résultats.

Il est manifeste, en effet, qu'après certaines opérations, la détente que l'on avait obtenue diminue peu à peu et la tension intra-cérébrale se rétablit.

J'ai signalé autrefois les troubles de circulation des extrémités observables sur les épileptiques : gonflement et rougeur des mains. Après l'opération ces troubles disparaissent pour plusieurs semaines.

A partir du moment où le gonflement des mains est revenu, il faudrait exécuter une nouvelle trépanation. Je n'ai pu guère obtenir, ni des malades, ni surtout des médecins, de me permettre de suivre chez des épileptiques cette pratique que j'avais suivie avec succès chez des sujets atteints de vertiges d'origines diverses.

Il y a dans la technique de l'opération un point intéressant à fixer, celui de l'ouverture de la dure-mère. On recommande souvent de ne pas faire d'ouverture de la dure-mère pour faire l'opération plus simple. J'ai agi ainsi au début de ma pratique. Mais, depuis longtemps, j'ai toujours ouvert la dure-mère et même cherché à obtenir l'écoulement de liquide céphalo-rachidien le plus important possible. En certaines circonstances, il fut énorme. L'ouverture de la dure-mère est bien importante, car elle contribue puissamment à la détente à obtenir. Il est bien facile de s'en rendre compte au cours même de l'opération.

Je n'ai pas vu cette ouverture avoir d'inconvénients. On peut même dire que si elle favorisait une hernie cérébrale, c'est précisément que la tension intra-dure-mérienne serait telle que l'ouverture de la dure-mère serait une nécessité absolue.

Il n'est même pas nécessaire de refermer avec beaucoup de précision cette ouverture dure-mérienne si l'opération est bien aseptique et si la réunion est bien assurée par une réunion parfaite du lambeau cutanéo-périostique.

En conclusion, je pense que l'indication de la décompression cérébrale par la trépanation est au premier rang des indications de la trépanation. Elle est commune à de nombreuses maladies du cerveau ou des méninges.

La douleur intra-cranienne profonde persistante résistant à toute thérapeutique est le meilleur guide.

On la trouve souvent associée à d'autres symptômes dont les principaux sont les vertiges, le gonflement des extrémités et certains états convulsifs.

Il est très vraisemblable que, pour nombre de lésions sy-

philitiques du cerveau, on obtiendrait de la décompression cérébrale des effets précieux (1).

Il y a certainement pour le traitement de la paralysie générale diagnostiquée de bonne heure une ressource thérapeutique précieuse dans la trépanation.

Il y a au cours des maladies cérébrales des phénomènes qui permettent d'affirmer que la tension intra-cranienne est excessive. Mais, c'est surtout la douleur qui doit servir de guide. Il ne faut pas négliger de tenir compte de toutes les indications, mais il faut étudier de très près ce phénomène capital des douleurs.

L'intensité en est extrême.

Elles paraissent venir de la profondeur du crâne.

Elles sont particulièrement difficiles à supporter et ne sont point calmées par nos moyens les plus ordinaires d'analgésie. C'est ainsi que, souvent, je les ai vu résister à l'usage de la morphine.

Un sujet qui pouvait être considéré comme un type et que j'ai opéré à l'hôpital Saint-Louis à cause de douleurs intolérables présentait d'autres phénomènes : perte d'équilibre, diminution de la vision, troubles de circulation des extrémités. Il était encore dans un état de cachexie profonde qui semblait devoir exclure toute intervention.

Mais il n'attirait l'attention que sur ses douleurs qui n'étaient point calmées par la morphine et qui ne lui laissaient qu'un instant de répit fort court lorsqu'il était sous l'influence de l'éther.

Il était évidemment en état d'imminence de mort prochaine, mais il nous suppliait de lui faire une opération pour le délivrer de ses douleurs.

Une large trépanation, puis une large ouverture de la dure-mère, des ponctions des méninges, ne firent rien découvrir sinon l'extrême tension du cerveau (16 janvier 1890.)

Après le réveil, il fut immédiatement soulagé. Ayant survécu quatre jours à l'opération, il déclarait être l'homme le plus heureux et dormit sans morphine ni hypnotique quelconque.

L'autopsie montra une volumineuse tumeur de la base du crâne.

Sans doute, c'était là un cas de gravité très spéciale. Pourtant on peut le citer comme exemple, car, pour des cas infiniment moins graves, avec de longues survies, j'ai observé des phénomènes douloureux terribles absolument du même ordre

(1) Epilepsie jacksonienne ou partielle ; sa valeur diagnostique ; conditions dans lesquelles elle peut être utilisée pour la trépanation et pour la recherche des lésions cérébrales (Académie de médecine et *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, 25 novembre 1901.)

pour lesquels le bénéfice sensible immédiat de l'intervention fut la disparition de cette terrible céphalée.

On s'explique, du reste, l'importance du résultat quand on réfléchit à la puissance de l'action.

L'ouverture du crâne change brusquement l'équilibre de la pression intra-cranienne. Ce changement d'équilibre est manifeste à des degrés différents chez tous les trépanés, il joue certainement un rôle important dans le choc que subissent les opérés et qui ne dépend pas seulement de l'hémorragie, de l'excitation directe de la substance nerveuse, de l'intoxication par l'anesthésique.

Le changement d'équlibre circulatoire joue un rôle énorme, et l'adoption de l'opération en deux temps pour l'ablation des tumeurs cérébrales, comme l'a conseillée Horsley, tient une de ses qualités de bénignité de l'accoutumance à ce nouvel équilibre circulatoire.

Clermont (Oise). — Imprimerie DAIX frères et THIRON


24ColorCard CameraTrax.com
STAINLESS STEEL